

# Palliativmedizinische Akademie Mannheim

Förderverein für Akut- und Palliativmedizin e.V.  
Geschäftsstelle  
Hauptstr. 95  
68259 Mannheim

## Anmeldebogen Kursangebote für Ärzte 2024

Ich melde mich für folgenden Kurs/folgende Kurse verbindlich an:

- Basiskurs Mannheim vom 26.02. bis 01.03.2024 in Mannheim
- Fallseminar Modul 1 vom 22.04. bis 26.04.2024 in Mannheim
- Fallseminar Modul 2 vom 16.09. bis 20.09.2024 in Mannheim
- Fallseminar Modul 3 vom 11.11. bis 15.11.2024 in Mannheim

Alle Kursmodule werden von der Palliativmedizinischen Akademie Mannheim (PAM) ausgerichtet und sind inhaltlich voll kompatibel. Didaktisch sinnvoll ist es, den Basiskurs am Anfang und das Modul 3 am Ende zu absolvieren. Bei Modul 1 und 2 ist die Reihenfolge freigestellt. Die Kurse finden jeweils von Montag bis Freitag in der Zeit von 9.00 bis 17.15 Uhr statt. Veranstaltungsorte sind das Diakonissenkrankenhaus in Mannheim, das Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus in Speyer und andere.

Die Kursgebühr beträgt 860,00 € pro Kursmodul.

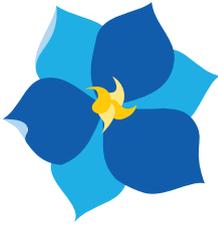
Wir stehen Ihnen selbstverständlich auch gern für Fragen per E-Mail oder Telefon zur Verfügung.

Palliativmedizinische Akademie Mannheim  
Telefon: 0621- 1566313 (montags und dienstags von 9:00 – 13:00 h, Frau Traxler)  
Telefax: 0621- 1566226  
E-Mail: [info@palliativakademie-mannheim.de](mailto:info@palliativakademie-mannheim.de)

Bitte den Datenbogen (nächste Seite) nicht vergessen!

Die auf der Homepage der Akademie unter [www.palliativakademie-mannheim.de](http://www.palliativakademie-mannheim.de) veröffentlichten Teilnahmebedingungen (AGB) sowie die Datenschutzbedingungen habe ich gelesen und akzeptiere diese.

Ort, Datum ..... Unterschrift .....



# Palliativmedizinische Akademie Mannheim

Förderverein für Akut- und Palliativmedizin e.V.  
Geschäftsstelle  
Hauptstr. 95  
68259 Mannheim

Datenbogen Ärzte

Fax: 0621 - 1566226

Vorname		Name	
Anrede	Akademischer Titel	Beruf/Funktion	
Geburtsdatum (für das Zertifikat erforderlich)		Geburtsort (für das Zertifikat erforderlich)	
Telefonisch am besten zu erreichen unter		Fax	
E-Mail ( <b>Wird unbedingt für die Kommunikation benötigt!</b> )		Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse den übrigen Teilnehmern des Kurses bekannt gemacht werden darf: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Anschrift <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> beruflich Strasse  PLZ/Ort		Rechnungsanschrift (sofern abweichend von der nebenstehenden) Strasse  PLZ/Ort	
Ich arbeite als ..... <input type="checkbox"/> in einer Klinik <input type="checkbox"/> als niedergelassener Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> .....		Auf diesen Kurs wurde ich aufmerksam durch <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung <input type="checkbox"/> Printmedien <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> .....	

Hinweis: Diese Daten werden ausschließlich zur Organisation und Durchführung unserer Kurse erhoben, elektronisch gespeichert und verarbeitet.

.....  
Datum und Unterschrift

Vielen Dank!